

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 décembre 1905, à 1 heure

PAR

Edmond TIREL

Ancien interne des hôpitaux du Havre

Considérations sur le traitement chirurgical

DU

PROLAPSUS UTÉRIN

EN GÉNÉRAL

Et sur le Procédé de Wertheim en particulier

Président : M. GUYON, Professeur.

LE DENTU, Professeur.

Juges : MM. SCHWARTZ, Agrégé.

MORESTIN, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique.....
 Histologie
 Opérations et appareils
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.. ..

Maladies des Enfants.....
 Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile

M. DEBOVE.
 MM
 POIRIER.
 CH. RICHEL.
 GARIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 BOUCHARD
 HUTINEL
 BRISSAUD
 LANNELONGUE.
 CORNIL
 MATTHIAS DUVAL.
 RECLUS.
 POUCHET
 GILBERT
 CHANTEMESSE
 BROUARDEL.
 DEJERINE.
 ROGER.
 HAYEM.
 DIEUJAFROY.
 DEBOVE
 LANDOUZY.
 GRANCHER
 JOFFROY.
 GAUCHER
 RAYMOND.
 LE DENTU
 TERRIER
 BERGER.

DE LAPERSONNE
 GUYON.
 PINARD.
 BUDIN
 POZZI.
 KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM
 AUVRAY
 BALTHAZARD.
 BRANCA
 BEZANÇON.
 BRINDEAU
 BROCA André.
 CARNOT.
 CLAUDE.
 CUNEO.
 DEMELIN.
 DEGREGZ.

MM
 DUPRE
 DUVAL.
 FAURE
 GOSSET.
 GOUGET.
 GUIART.
 JEANSELME.
 LABBE.
 LANGLOIS.
 LAUNOIS.

MM
 LEGRY.
 LEGUEU.
 LEPAGE.
 MACAIGNE.
 MAILLARD.
 MARION.
 MAUCLAIRE
 MERY.
 MORESTIN.
 POTOCKI.

MM
 PROUST.
 RENON.
 RICHAUD
 RIEFFEL (chef des
 Travaux anatomiques.
 THEISSIER.
 THIROLOIX.
 VAQUEZ.
 WALLICH.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MERE

A MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien de l'hôpital Necker,
Professeur à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Membre de l'Institut (Académie des Sciences),
Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

L'idée de ce travail qui doit terminer nos études médicales, nous est venue après avoir vu opérer un cas de prolapsus utérin suivant la méthode de Wertheim par notre ami le docteur Le Nouëne à sa clinique chirurgicale.

Nous avons été à même de suivre pendant un certain temps l'opérée et devant un résultat que nous pouvons affirmer très satisfaisant nous avons cru utile de revoir aussi complètement que possible le traitement du prolapsus utérin en général, tout en faisant ressortir les avantages et les indications du procédé opératoire de Wertheim.

Cette étude comprendra donc deux parties. Dans la première, nous passerons en revue les méthodes nombreuses employées jusqu'à ce jour dans les cas de prolapsus utérin : nous verrons avec quelques détails les procédés les plus importants de façon à en faire une critique complète.

Dans la deuxième partie, après avoir détaillé la technique du procédé de Wertheim, nous en ferons ressortir les avantages et les inconvénients et nous exposerons les observations recueillies à ce sujet.

Voici le plan de ce travail :

INTRODUCTION.

CHAPITRE PREMIER. — Exposé du traitement du prolapsus utérin en général.

CHAPITRE II. — Critique des différents procédés.

CHAPITRE III. — Exposé de l'opération de Wertheim.

CHAPITRE IV. — Critique de ce procédé.

CHAPITRE V. — Résultats obtenus.

CHAPITRE VI. — Conclusions.

Mais avant de commencer cette étude, nous considérons comme un devoir d'adresser aux maîtres qui nous ont guidé dans la science si difficile de la médecine, tous nos remerciements.

Que MM. les docteurs BERTHEUX, DAYOT, FOLLET, LE MONIET, BODIN et tous nos maîtres de l'École de Médecine de Rennes veuillent bien accepter ici les respectueux hommages de notre reconnaissance.

Nous n'avons garde d'oublier les hôpitaux du Havre, où nous avons passé vingt mois au milieu de collègues qui furent tous nos amis et dont nous garderons le meilleur souvenir. Successivement interne de MM. les docteurs CARON, LENORMAND, COURBET, nous gardons à ces maîtres

ainsi qu'à MM. les docteurs WALCH, DURAND-VIEL, DERONDE, DEVILLE, un souvenir de profonde gratitude.

Nous devons aussi remercier spécialement notre camarade d'internat et ami, le docteur BONCOURT, de l'empressement qu'il a mis à nous traduire, grâce à ses connaissances polyglottes, les ouvrages étrangers dont nous avons pu avoir besoin.

M. le docteur LE NOUENE a bien voulu nous fournir le sujet de notre travail, mettant sans compter à notre disposition sa science et son temps, nous lui en serons toujours reconnaissant.

Que M. le professeur GUYON daigne agréer nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

On peut définir le prolapsus génital une rupture de la statique pelvienne déterminant le déplacement de haut en bas de l'appareil utéro-vaginal et s'accompagnant de troubles variés locaux et éloignés (1).

La maladie peut être locale ou se présenter comme une manifestation d'une maladie générale. Locale, elle est dûe ou : 1° à un défaut du plan de soutien constitué par le releveur de l'anus, les sphincters anal et vulvaire et le plan musculo-aponévrotique ; ou bien : 2° à une défection des moyens de suspension formés par les ligaments larges, les ligaments ronds, vésico-utérins et utéro-sacrés.

Générale, elle est une manifestation de cette ptose viscérale qui se traduit par l'affaiblissement de la paroi abdominale, l'adipose généralisée, les hernies, le rein mobile, etc...

Voilà une pathogénie bien complexe, et nous comprenons les diversités des traitements chirurgicaux dirigés contre le prolapsus de l'utérus. L'application des pessaires est le plus ancien mode de traitement proposé. Il était

(1) *Traité de Chirurgie*, Le Dentu et Delbet.

dans la chirurgie ancienne le seul bénin et il conserve encore actuellement des indications nombreuses.

Nous rappellerons les divers procédés employés jadis et abandonnés tour à tour, car si dès 1757 l'idée d'extirper l'utérus atteint de prolapsus avait germé dans l'esprit d'OAKLEY (Lettre de Oakley, de Birmingham, à Smellie), sans avoir été mise à exécution, il faut arriver jusqu'en 1867, pour voir CHOPPIN pratiquer le premier, et de *parti pris*, l'hystérectomie vaginale (1).

Mais avant de nous appesantir sur les principaux procédés, voyons pour mémoire et par ordre chronologique les opérations sanglantes dirigées contre le prolapsus.

LANGENBECK (1813) (2) enleva par la voie vaginale un utérus cancéreux prolabé.

MARSHALL HALL (1825) (3) tente de rétrécir le vagin en supprimant des lambeaux irréguliers de ses parois et en suturant les bords de l'avivement.

MEDING, GIRARDIN, LAUGIER (1830) (4) font des cautérisations linéaires au nitrate d'argent, tandis que PHILIPPS se sert de l'acide nitrique. La même année, DIEFFENBACH pratique la colporrhaphie antérieure proposée déjà vers 1823 par un Français, ROMAIN GIRARDIN.

FRICKE (1833) (5) imagine l'épisiorrhaphie consistant dans l'avivement au bistouri et dans la suture de la face interne des grandes lèvres.

(1) Cité par Asch. *Americ. Journal*, 1867.

(2) Cité par Hegar.

(3) *Traité de Chirurgie*, Le Dentu et Delbet, t. X, p. 432.

(4) *Traité de Chirurgie*, Le Dentu et Delbet.

(5) *Traité de Chirurgie*, Le Dentu et Delbet.

DOMMES (1833) (1) inaugure l'infibulation au moyen d'un anneau d'or ou d'argent passé au travers des lèvres.

MENDE (1834) (2) met en pratique l'hyménorrhaphie.

BELLINI (1835) (3) fait des sutures sous-muqueuses au fil d'argent dans une moitié du vagin dans le but de le rétrécir et de déterminer des adhérences profondes.

GEBHARDT (1836) (4) fait une hystérectomie vaginale pour un utérus cancéreux prolabé.

JURGENSEN (1838) (5) présenta à la Société de médecine de Copenhague un utérus prolabé qu'il avait enlevé.

JOBERT (1840) (6) cautérise au nitrate d'argent la muqueuse vaginale, attend la chute des escarres et tente la réunion secondaire, tandis que LAUGIER, KENNEDY, COLLES emploient le fer rouge et DESGRANGES le chlorure de zinc.

EDWARDS (1864) (7) ampute un utérus gangrené et prolabé sur une femme de 74 ans.

SIMS et EMMET (1865) (8) pratiquent la colporrhaphie antérieure.

SIMON et HEGAR (1861) (9) réalisent la colpopérinéorrhaphie.

Viennent ensuite les observations d'hystérectomie vagi-

(1-2-3) *Traité de Chirurgie*, Le Dentu et Delbet.

(4) Gebhardt. *Arch. d. Danischen Gesundheits Colleg.*, 1836.

(5) *Zeitsch. f. die. gesam. Med. ou Journ. d'Oppenheim*. Hambourg, 1838, vol. IX, p. 520.

(6) *Traité de Chirurgie*, Le Dentu et Delbet.

(7) Edwards. *British med.*, 1864.

(8-9) *Traité de Chirurgie*, Le Dentu et Delbet.

nale publiées par PATTERSON (1) et CORRADI (1876) (2), HAHN (3) et KEHRER (4), en 1877.

Depuis 1880, à l'étranger, les interventions se multiplient : nous pouvons citer les cinq observations de MUNCHMEYER (5), les trois de MULLER (6), celles de NEGRETTO (7), de WINIWARTER (8), de COE (9), de KRUG (10), de BALDY (11) et les huit cas de la clinique de Breslau, qui servirent au mémoire important de ROBERT ASCH (12), paru en 1899, sous l'inspiration de FRITSCH.

En France, RICHELOT (13), le premier, publie l'observation d'une malade opérée d'hystérectomie vaginale, le 25 juillet 1886, à Saint-Antoine.

A partir de ce moment, les procédés opératoires pour le traitement du prolapsus deviennent de plus en plus variés, chaque chirurgien s'ingéniant à trouver une technique particulière sans que, pour cela, aucune ne puisse s'ériger en méthode définitive.

(1) Patterson. *Glasgow Médic. Journ.*, 1876.

(2) Corradi. *Lo Sperimentale*, 1826.

(3) Hahn. *Berliner Klinisch Wochens.*, 1882, jahrg. XIX.

(4) Kehrer. *Beitr. Z. Klinischer u. experim. Geburstk und Gynec.*, 1829.

(5) Munchmeyer. *Centralblatt, G. Gynec.*, 1889.

(6) Muller. Congr. des naturalistes allemands. Heidelberg, 1889.

(7) Negretto. *Annali di ostet. e Ginec.*, Milano, 1891.

(8) Winiwarter. *Wiener Klinische Woch.*, 1888.

(9) Coe. *Americ. Journal of Obstr.*, 1890.

(10) Krug. *N. Y. Obstet. Society*, 1893.

(11) Baldy. *Americ. Journal of Obstre.*, 1893.

(12) Robert Asch. *Arch. f. Gynec.*, Bd. XXXI, 1889.

(13) Richelot. Paris, 1886.

C'est ainsi que PÉAN (1887) (1) pratique la colpoplexie, fixant le vagin aux parois de l'excavation pelvienne, et que BYFORD (1890) (2) emploie la colpocystorrhaphie, allant chercher par la voie inguinale l'extrémité supérieure du vagin et la suturant à la paroi abdominale.

En 1891, GOULLIoud (3), à Lyon, est appelé à enlever l'utérus prolabé chez une femme déjà opérée d'un cancer de la cloison recto-vaginale, et les observations deviennent alors si nombreuses qu'il nous est impossible de toutes les mentionner. Qu'il nous suffise de classer les opérations proposées. Les chirurgiens sont intervenus par la voie vaginale ou abdominale, et par l'une et l'autre voie ils ont eu pour but de fixer l'utérus en s'adressant directement à lui-même ou indirectement à ses moyens de suspension ou de soutien.

Dans les cas de chute très prononcée de l'organe, il a semblé souvent légitime d'extirper l'utérus : l'hystérectomie a, presque toujours, été pratiquée par la voie vaginale.

I. — Interventions par la voie abdominale.

a) *Hystéropexie directe.*

Cette opération, pratiquée pour la première fois par

(1) Péan. *Bull. Médic.*, 21 février 1882.

(2) Byford. The cure of cystocèle by inguinal suspension of the bladder : colpocystorrhaphy. *Amer. Journ. of Obstr.*, vol. XXVII, 1890, p. 152.

(3) Goullioud. *Annales de Gyn. et d'Obstr.*, janvier 1894.

KœBERLÉ (1), en 1889, n'a pas toujours été désignée ainsi. On la connaît encore sous le nom de ventro-fixation (Olshausen), antéfixation (Sanger), hystérorraphie (Kelly). TRÉLAT a proposé hystéropexie; ce terme a prévalu, et c'est sous ce titre que l'on trouve décrits les procédés de Czerny, Terrier, Pozzi, Legueu, etc...

Toutes ces méthodes ne diffèrent que par le mode d'attache de l'utérus à la paroi abdominale.

En effet, CZERNY, après avoir pratiqué la laparotomie médiane, va à la recherche de l'utérus et le libère des adhérences qui peuvent exister. Après l'avoir soulevé au niveau de l'incision pariétale, il passe d'un côté à l'autre un fil de catgut solide qui comprend, dans son trajet, la paroi abdominale, sauf la peau, le péritoine et le muscle utérin. Le fil serré à fond, et l'ouverture abdominale fermée, l'utérus se trouve fixé. Ce procédé a été modifié par TERRIER.

Ce chirurgien change la manière de passer les fils fixateurs. Tandis que Czerny fait cheminer directement son aiguille d'un bord à l'autre, prenant l'utérus dans une seule anse, Terrier *sauf* file dans la paroi abdominale et le muscle utérin, répétant cette façon de faire à des niveaux différents sur la face antérieure de la matrice.

POZZI fait un surjet continu commençant à la partie inférieure de son incision abdominale, pour atteindre progressivement le haut de l'ouverture.

LEGUEU emploie trois étages de fils doubles et noue les

(1) Kœberlé. *Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1877.

chefs de fil non pas de côtés opposés, mais de même côté et de même étage.

KELLY modifie le trajet des fils qui, au lieu de passer dans le tissu utérin de la face antérieure, cheminent dans celui de la face postérieure.

FAUCON imagine de fixer la matrice non plus horizontalement à la paroi abdominale, mais verticalement.

LAROYENNE fait bomber l'utérus à l'aide d'un hystéromètre, incise la paroi abdominale juste à cet endroit et fixe la matrice à l'aide de crins de Florence.

Dans tous ces procédés, les fils d'attache sont stables, mais, pour être complet, nous devons mentionner le procédé de LÉOPOLD, qui diffère de celui de Czerny-Terrier, en ce que ce chirurgien, voulant enlever les fils d'attache au bout de quelques jours, les noue au-dessus de la peau de la paroi abdominale. OLSHAUSEN (1) et SANGER emploient des crins de Florence temporaires et fixent les bords de l'organe au lieu de suturer la face antérieure de l'utérus.

Récemment, WERTH a montré les avantages de la vésicofixation. Au lieu de suturer la paroi antérieure de l'utérus au péritoine pariétal, il la fixe à la face postérieure de la vessie. Il conduit un catgut depuis le sommet de l'utérus jusqu'au niveau du col en prenant en même temps le péritoine qui recouvre la vessie et il ferme par un double nœud cette suture en masse. Puis il suture au péritoine vésical la partie de l'utérus qui s'étend de chaque côté de la ligne médiane, aux annexes, prenant même dans cette

(1) Olshausen. Ueber ventrale operationem bei Lageanomalien. *Centr. f. Gyn.*, 1886.

suture un peu de ligament large. Cette opération donne une fixation massive de l'utérus à la vessie. La fixation a la forme d'un T.

B) *Hystéropexie indirecte.*

L'hystéropexie peut, par la voie abdominale, être indirecte, les opérations portant sur les ligaments utéro-sacrés, les ligaments larges et les ligaments ronds.

KELLY (1), en 1889, tente le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés. Après laparotomie, il va à la recherche de ces ligaments et les raccourcit selon son désir en les fixant aux parties latérales du bassin.

Le raccourcissement des ligaments larges a été exécuté par TAIT et IMLACH. L'un et l'autre plissent et refoulent en arrière ces ligaments. C'est un procédé peu important ainsi que celui de WINIWARTER et BYFORD, qui consiste à donner comme point d'attache aux ligaments larges la paroi abdominale.

WYLIE le premier (1886) pratiqua le raccourcissement des ligaments ronds par la voie abdominale. Quoique la pratique n'ait pas consacré cette opération, il faut rappeler qu'elle fût pratiquée avec des variantes par Bodde, Polk, Ruggi, Dudley et Mathew Mann. De même, OLSHAUSEN, SANGER et BECK fixèrent les ligaments ronds dans la plaie de la paroi abdominale après avoir fermé la petite boutonnière péritonéale par quelques points de suture. Au congrès de Gynécologie de Rouen, en 1904, DOLÉRIS a insisté longuement sur les avantages

(1) Kelly. *New-York méd. journ.*, 5 oct. 1889, p. 383.

de son procédé. Il le recommande pour sa simplicité d'exécution et les bons résultats qu'il en a toujours obtenus.

Nous devons rapprocher des procédés de fixation abdominale de l'utérus, l'opération, si fréquemment pratiquée, d'Alexander-Alquié-Adams. Proposée théoriquement par ALQUIÉ (de Montpellier), en 1840, elle ne fut mise en pratique qu'en 1881 par ALEXANDER et vulgarisée par ADAMS (1).

Certes, le but de cette opération n'est pas dirigé spécialement contre le prolapsus utérin, néanmoins POLK (2) lui a dû quelques succès, aussi devons-nous la mentionner. Très bien décrite par BONNET (3), la technique opératoire comprend trois temps principaux :

1^{er} temps. — Incision de la paroi et découverte des ligaments ronds.

2^e temps. — Dégagement des ligaments et redressement de l'utérus.

3^e temps. — Fixation des ligaments et occlusion de la plaie.

Le procédé est assez délicat et la difficulté porte surtout sur le premier et le troisième temps de l'opération, auxquels certains chirurgiens ont apporté de légères modifications.

C'est ainsi que CASATI fait une incision transversale d'un

(1) Adams. *Glasgow medic. journal*, juin 1882.

(2) Polk. *Americ. journ. of obst.*, 1896, p. 606.

(3) Bonnet. Technique de l'opération d'Alexander. *Sem. Gynéc.*, 1896.

orifice inguinal à l'autre et suture les ligaments dans le tissu conjonctif de la plaie.

DURET (1) imagine d'englober les orifices des canaux inguinaux dans l'anse d'une incision dont les deux chefs remontent de chaque côté du canal.

DOLÉRIS (2) ainsi que FRANKLIN MARTIN (de Chicago) fixent les ligaments dans un tunnel sous-tégumentaire cheminant au-dessus du pubis.

SEGOND (3), TRÉLAT procèdent en faisant un véritable nœud au-dessus des piliers auxquels ils suturent les ligaments ainsi noués.

VIGNARD (de Nantes) a eu l'idée ingénieuse de faufiler le ligament rond dans la paroi du canal inguinal, établissant par cette technique une fixation ferme du ligament et fermant en même temps, d'une façon parfaite, le canal inguinal incisé franchement pour la découverte.

On peut enfin agir sur le prolapsus par la voie abdominale en pratiquant *l'hystérectomie abdominale* soit partielle, soit totale. Ordinairement ce moyen n'est employé qu'en présence d'un utérus prolapsé accompagné ou de fibromes ou de lésions et tumeurs annexielles. Les procédés sont nombreux et il suffit de nous rappeler les noms de LEGUEU (4), de JACOBS (5) et de JONNESCO (6) pour

(1) Duret. Société des sc. medic. de Lille, 1893.

(2) Doléris. *Nouv. Archiv. d'Obst et de Gynéc.*, 25 février 1889.

(3) Segond. *Bulletin de la Société de Chirurgie.*

(4) Legueu. Hystérectomie abdominale pour prolapsus utérin récidivé : in *Leçons de Clinique chirurgicale*. Hôtel-Dieu, 1901.

(5) Jacobs. *La Policlinique de Bruxelles*, 1896.

(6) Thomas Jonnesco. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, sept. et oct. 1900.

reconnaître que cette opération a été assez souvent mise en pratique.

II. — Interventions par la voie vaginale.

Ici encore, plusieurs opérations ont été imaginées par cette voie.

a) **HYSTÉROPEXIE VAGINALE.** — Déjà, en 1830, AMUSSAT eut, le premier, l'idée de l'hystéropexie, conception qui fut reprise par RICHELOT père en 1868 et mise en pratique d'abord par VON RABENEAU en 1886, puis par SCHMIDT, SCHUCKING, SANGER, ZWEIFEL, mais, de tous les procédés, il ne faut retenir que ceux de MACKENRODT, DÜHRSSSEN, et celui de LE DENTU et PICHEVIN.

Les deux premiers, venus d'Allemagne vers 1890, ont donné lieu à bien des discussions et à bien des polémiques entre les deux chirurgiens allemands. Leur technique a éprouvé des modifications de la part de ces chirurgiens eux-mêmes. Voici le dernier mode opératoire auquel ils se sont arrêtés.

1° *Procédé de Dührssen.* — Le chirurgien saisit l'utérus par deux pinces à griffes et à environ un centimètre au-dessus du bord du col, il fait au ciseau une incision transversale. Prenant dans une pince à dissection la lèvre supérieure de cette incision, il fend au ciseau la paroi antérieure du vagin presque jusqu'à l'urèthre. La vessie apparaît alors sous les lèvres de l'incision : un coup de ciseau de chaque côté la sépare nettement de la paroi antérieure du vagin ; le manche du bistouri l'isole

du péritoine. A ce moment, le chirurgien introduit une valve sous la vessie pour tendre le péritoine qui est alors ouvert le plus haut possible sur le corps de l'utérus entre deux pinces hémostatiques. Ces deux pinces repèrent les deux lèvres du péritoine derrière celles qui ont précédemment repéré les deux lèvres de l'incision vaginale. Une pince tire-balles saisit alors le corps de l'utérus le plus près possible du fond et l'attire pendant que le chirurgien enlève les pinces qui sont sur le col et repousse celui-ci en arrière. L'utérus est alors complètement dans le vagin, le chirurgien en traverse la paroi antérieure près du fond par un crin de Florence. A ce moment, tenant l'utérus par ce crin, il examine l'état des annexes qu'il peut extirper ou cautériser au besoin. Puis, il rentre l'utérus dans le ventre, enlève la valve antérieure et place une valve postérieure. Il passe de chaque côté dans laèvre péritonéale et laèvre vaginale le crin de Florence qui traverse l'utérus et en repère les extrémités par une pince hémostatique. Il ferme le péritoine par un surjet au catgut, le vagin par un autre surjet de même nature, et noue le crin de Florence. Celui-ci restera en place quatre ou cinq semaines. L'incision transversale du vagin est aussi fermée au catgut; quelquefois une mèche de gaze établit un drainage à ce niveau.

Une statistique de DÜHRSSSEN, datant de 1892, et portant sur 114 cas opérés par sa méthode, donne comme résultat une moyenne de 89,4 p. 100 de guérisons.

2° *Procédé de Mackenrodt*. — Le mode opératoire de ce chirurgien diffère peu de celui de Dührssen. Il prend le

col par deux pinces tire-balles, et met une autre pince au niveau de l'orifice de l'urèthre pour tendre le vagin. Une valve soutient la paroi postérieure. Il incise au bistouri depuis l'orifice de l'urèthre et termine son incision en T au niveau du point où il veut ouvrir le cul-de-sac antérieur. Il sépare alors la paroi vaginale de la vessie et celle-ci du péritoine. Il ouvre celui-ci entre deux pinces et va à la recherche de l'utérus. Une valve étant mise dans le ventre par l'incision du péritoine, l'utérus est attiré par deux ou trois pinces tire-balles placées successivement. Parfois, Mackenrodt coupe les deux trompes entre deux ligatures pour obtenir la stérilité. Pour fixer l'utérus qui n'a pas été amené à la vulve, le chirurgien prend dans un surjet au catgut la paroi antérieure et le péritoine, mais il se garde bien de prendre le vagin. Celui-ci est plus tard suturé à part au moyen d'un surjet au catgut et le chirurgien excise même un peu des deux lèvres de l'incision vaginale pour éloigner la cloison vaginale de l'utérus.

Par cette méthode, MACKENRODT a obtenu de bons résultats. C'est ainsi que du 1^{er} janvier 1892 au 31 mai 1894, il mentionne six cas de prolapsus opérés par ce procédé, et n'ayant pas donné lieu à une récurrence.

3^o *Procédé de Le Dentu et Pichevin.* — Le Dentu, dans son rapport à l'Académie de Médecine, le 22 mai 1894, sur un travail de Pichevin, décrit un procédé qui a prévalu en France. Voici, d'ailleurs, la technique de cette opération telle que nous la trouvons dans le *Traité de Gynécologie* de Labadie-Lagrave et Legueu (1). « L'uté-

(1) Labadie-Lagrave et Legueu. *Traité de Gynécologie*, p. 403.

rus est abaissé au moyen d'une pince à dents qui saisit la lèvre antérieure du col et la paroi vaginale est tendue par trois pinces placées, l'une, à 1 centimètre en arrière de l'orifice urétral, les 2 autres à droite et à gauche sur le vagin. On trace alors une incision antéro-postérieure qui commence à 2 centimètres environ en arrière du méat et se termine au-dessus de la lèvre antérieure du col utérin. On sépare avec soin la paroi vaginale de la vessie par une dissection attentive avec le bistouri, jusqu'à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres au moins de chaque côté. Alors seulement on sépare le bas-fond de la vessie de l'utérus, en rasant la face antérieure du col.

« 2° A ce moment on introduit dans l'utérus la tige pleine d'une pince hystéromètre qui rappelle beaucoup celle d'Orthmann, sauf une modification imaginée par Pichevin. On pourrait également se servir d'un redresseur de Trélat, dont Le Dentu a fait allonger la portion mobile de manière à ce que son action s'exerce sur toute la longueur de l'utérus. L'utérus étant ramené en avant, on s'occupe du cul-de-sac péritonéal antérieur. Il y a avantage à l'ouvrir : cela permet d'explorer le bord supérieur et la face postérieure de l'utérus, de s'assurer qu'il n'existe pas d'adhérences, ou de rompre celles qui sont faibles et celluluses. Cela permet aussi (et ceci est d'une importance capitale) de placer les fils fixateurs aussi haut que possible sur la face antérieure de l'utérus.

3° Sur la paroi antérieure du corps de cet organe on place, en commençant par la partie voisine de l'isthme et en remontant vers le fond, 2 ou 3 fils verticaux, au moyen desquels on abaisse et on fait basculer peu à peu

l'utérus en avant. Lorsque le fond se montre dans la plaie, on passe des fils transversaux en commençant le plus haut possible et de la manière suivante : avec une aiguille courbe munie de soie plate assez forte, on traverse à 0 m. 005 de son bord et d'avant en arrière le lambeau vaginal gauche (par rapport à la femme), on fait cheminer l'aiguille dans le tissu utérin, à 4 ou 5 millimètres de profondeur sur 1 centimètre de longueur et de gauche à droite. Puis on traverse le lambeau vaginal droit d'arrière, en avant également à 5 millimètres de son bord.

« A partir de ce premier fil placé transversalement aussi près que possible du fond de l'utérus et de la partie antérieure de l'incision vaginale, on place une série de 6 à 8 fils, dont 4 au moins doivent traverser le tissu du corps. De cette façon toute la face antérieure de l'utérus, dont une petite longueur du col se trouve suturée à la paroi antérieure du vagin. On enlève les fils abaisseurs verticaux à mesure qu'ils deviennent inutiles.

« On peut augmenter la tension et par conséquent la solidité de la paroi antérieure du vagin en en supprimant une partie par une incision elliptique, ceci bien entendu avant de placer les fils. On peut compléter l'opération, s'il y a lieu, par l'amputation du col et par une colpopéri-néorrhaphie. Un curettage avant de commencer est souvent opportun. »

BYFORD (1) ajoute à l'hystéropexie vaginale le raccourcissement des ligaments ronds pratiqué également par la voie vaginale. Son incision est transversale. Il sépare ensuite

(1) Byford. *The american Gynec. and Obstét. journ.*, juin 1896.

la vessie de l'utérus et ouvre le péritoine. Celui-ci est à la fin de l'opération fixé à la partie supérieure de l'utérus.

b) **HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.** — Nous avons fait plus haut l'historique de l'hystérectomie vaginale jusqu'au moment où M. QUÉNU fit à la Société de chirurgie, le 20 décembre 1893, une communication sur « le traitement du prolapsus utérin total par l'hystérectomie vaginale chez les femmes ayant dépassé la ménopause ou près de l'atteindre (1) ».

Cette discussion avait été soulevée à propos de deux observations communiquées par Lejars, et l'on peut dire que cette question fut, à ce moment, sérieusement approfondie.

Actuellement, les procédés de technique opératoire sont nombreux et l'on emploie indifféremment les méthodes de PÉAN-SEGOND, de DOYEN, de QUÉNU, de MULLER, selon les cas. Tous ces procédés ne sont que des modifications de celui que Quénu a si bien exposé à la Société de chirurgie et de celui de FRITSCH que Pozzi, d'abord adversaire de l'hystérectomie, puis partisan, a employé avec quelques variantes. Nous les trouvons ainsi exposées dans les *Annales de Gynécologie* du mois de janvier 1894.

1^o *Procédé de Quénu* (2). — Ce chirurgien cherche à remplir la triple indication que nécessite le prolapsus complet de l'utérus : 1^o refaire l'appareil de fixation ; 2^o restaurer le soutènement vagino-péritonéal : 2^o diminuer le poids de l'organe à soutenir.

(1) Quénu. *Annales de Gynéc. et d'Obst.*, janvier 1894, p. 28.

(2) Quénu. *Loc. cit.*, p. 43.

« Après avoir ouvert les culs-de-sac postérieur et antérieur du péritoine, nous sectionnons l'utérus sur la ligne médiane, puis nous lions en chaîne de chaque côté les ligaments larges au moyen de 3 fils de soie plate; nous coupons un chef sur deux, de manière à ne conserver que trois chefs ».

Alors chaque moitié utérine étant excisée, nous lions « chaque fil du côté droit avec celui du côté gauche : en un mot nous réunissons l'un à l'autre nos deux moignons de ligaments larges, de manière à en faire une sorte d'écharpe, de sangle qui soutienne les efforts abdominaux. Le péritoine est ensuite rapidement suturé en avant et en arrière aux bords antérieur et postérieur de l'angle, la surface des pédicules est donc extra-péritonéale; nous la recouvrons de la face cruentée du vagin que nous suturons entièrement avec du catgut, de manière à ne pas avoir à enlever les fils. Une des sutures au moins traverse à la fois les lèvres de l'incision vaginale et le pédicule. Le vagin adhère ainsi aux pédicules, l'orifice résultant de l'ablation utérine est fermée en totalité; la rétraction cicatricielle, loin de tirer excentriquement sur la cicatrice pour l'affaiblir, ne pourra que la remonter et tirer sur le vagin. Cette sangle et le fond du vagin se trouvent être presque à la vulve au moment de l'opération et sont refoulés et maintenus par des tampons pendant trois semaines. La fixation a toujours été constatée à la sortie des malades, c'est-à-dire de 28 à 30 jours après l'opération. »

2^o *Procédé de Fritsch* (1). — Un élève de Fritsch, Asch, décrit ainsi ce procédé : « La malade étant placée dans la position dorso-sacrée, on place une pince de Museux sur le col qu'on tire fortement en haut et en avant : on fait une première incision en forme de V à sommet postérieur répondant à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la paroi vaginale postérieure. On ouvre de suite le cul-de-sac de Douglas et l'on suture le péritoine à la lèvre postérieure de l'incision. Il est alors très facile d'attirer le fond de l'utérus dans la plaie. Une éponge montée étant placée dans le cul-de-sac péritonéal pour empêcher l'intestin de sortir, on fait la ligature par étages des ligaments larges en commençant par le haut. On enlève simultanément les annexes si c'est possible. Il ne reste plus qu'à détacher la vessie et à réséquer la paroi vaginale antérieure.

« Le col étant fortement attiré en bas, on fait sur le vagin une incision en U à convexité répondant à l'urèthre, puis on détache la muqueuse depuis celui-ci jusqu'au col, ce qui se fait en partie avec les doigts, en partie au bistouri. Ce temps est quelquefois rendu difficile, spécialement lorsque des colporrhagies antérieures obligent à travailler en plein tissu cicatriciel. Une fois arrivé au col, on peut s'aider avantageusement dans le détachement de la vessie en opérant de haut en bas, c'est-à-dire par le cul-de-sac vésico-utérin. Si l'adhérence à la vessie était trop grande, on inciserait à travers le muscle utérin.

(1) Hartmann et du Bouchet. L'hystérectomie vaginale dans le traitement de la chute de l'utérus. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, janvier 1894, p. 69.

« L'utérus enlevé avec les deux grands lambeaux de muqueuse vaginale, antérieure et postérieure, y adhérent, on réunit transversalement les deux lèvres résultant de la résection de la paroi vaginale antérieure ; puis, après avoir réduit la vessie, on recouvre celle-ci avec le péritoine vésico-utérin qu'on suture à la muqueuse vaginale.

« De plus, et Asch insiste sur ce point de l'enseignement de son maître Fritsch, les moignons des ligaments larges sont suturés au vagin de chaque côté.

« De cette manière, le peu qui reste du vagin est attiré en haut par le péritoine et surtout par les moignons des ligaments larges. La cavité péritonéale non oblitérée est fermée par un tampon de gaze iodoformée. »

Nous devons rapprocher de l'hystérectomie vaginale totale l'hystérectomie partielle ou amputation du col. Celle-ci est née de la théorie de Huguier, pour qui le prolapsus était la conséquence de l'hypertrophie du col. Actuellement, l'amputation du col est très rarement appliquée à la cure de prolapsus. Nous verrons qu'elle entre pourtant dans le procédé de Wertheim, mais comme une partie secondaire de la méthode, et seulement lorsque l'hystéromètre a constaté l'allongement hypertrophique du col.

Avant de parler d'une série d'opérations qui ne sont que le complément nécessaire de toutes les interventions citées plus haut, nous devons mentionner celle de LEFORT (1), qui s'était proposé de réunir par sutures les deux faces du vagin fermant ainsi la voie d'échappée à l'utérus prolapsé.

(1) Lefort. *Traité de Gynécologie*, Labadie-Lagrave, p. 480.

Malheureusement, le résultat de la plupart des cas ne fut pas heureux, car l'utérus redescendait entraînant dans sa chute la muqueuse vaginale dont il se trouvait coiffé.

DUBOURG (1) tenta sans grand succès de remplacer le cloisonnement longitudinal par des sutures transversales.

De son côté, FREUND (2) essaya de rétrécir le vagin par des sutures circulaires et, malgré quelque succès, cette opération ne s'est pas vulgarisée.

c) COLPORRAPHIES. — Tous les traitements cités plus haut ne s'adressent qu'à l'utérus et à ses moyens de suspension, mais en face d'un prolapsus complet nous voyons très souvent tout l'appareil génital faire hernie pour ainsi dire à l'entrée de la vulve. La cystocèle, la rectocèle sont des complications permanentes. Aussi, toute intervention pour prolapsus doit-elle se compléter d'une restauration du plan de soutien soit par la colporraphie antérieure, soit par la colporraphie postérieure, ou même la colpoperinéorraphie.

La colporraphie antérieure [SIMS, EMMET, HEGAR, POZZI, LEJARS (3), DOLÉRIS, FEHLING (4), STOLTZ (de Nancy), TRUZZI (5)] consiste, en principe, dans l'excision de la partie de la muqueuse vaginale antérieure prolabée, et dans le rapprochement des deux lèvres de la plaie.

(1) Bordier. Supériorité des opérations sur le vagin et d'une nouvelle opération en particulier dans les prolapsus utérins. *Thèse* Bordeaux, 1893-94.

(2) Freund. *Centralblatt of Gyn.*, 1893,

(3) Lejars. *Leçons de clinique*, 1895, p. 491.

(4) Fehling. Ueber die Operationem Bestrebungen zur Heilung schwerer Worfalle. *Berlin. Klin. Wöch.*, 30 sept. et 2 oct. 1895.

(5) Truzzi. *Congrès de Rome*, 1894.

Tous les procédés employés ne diffèrent que par le mode de suture.

La colpopérinéorrhaphie se fait soit par avivement, soit par dédoublement. La première méthode a été employée à l'infini, mais, comme l'a dit BOUILLY, « la colpopérinéorrhaphie, genre Hegar..., reste l'opération fondamentale, l'opération de choix, l'opération répondant à la plus réelle des indications (1) ». Le second procédé, mis en vigueur par DUNCAN et SIMPSON, simplifié par LAWSON TAIT, a été perfectionné par DOLÉRIS qui, disjoignant les deux muqueuses vaginale et rectale, emploie une partie de la première à la reconstitution du périnée.

(1) Le Dentu et Delbet. *Traité de Chirurgie*, t. X, p. 443.

CHAPITRE II

Tous les traitements que nous avons énumérés dans le chapitre précédent ont été l'objet de grandes critiques, d'enthousiasme quelquefois exclusif suivant la conception adoptée par les chirurgiens des causes du prolapsus de l'utérus et suivant les effets personnels qu'ils ont constatés. Il est facile de prévoir cependant qu'une affection à étapes si multiples, s'accompagnera de lésions anatomiques diverses et pourra relever, partant, de méthodes thérapeutiques différentes.

La plupart des procédés qui ont été préconisés ont des indications qu'il ne faut pas méconnaître mais qu'il ne faut pas non plus trop étendre ; nous voulons passer en revue les indications des procédés les plus importants et montrer en même temps qu'ils ne peuvent convenir à tous les cas.

I. — Interventions par la voie abdominale.

a) **HYSTÉROPEXIE DIRECTE.** — Elle a toujours eu de nombreux partisans depuis le jour où elle a été si fortement préconisée par OLSHAUSEN et par TERRIER. Il semble bien,

a priori, que la fixation en haut d'un utérus trop lourd ou insuffisamment soutenu suffise à obtenir la guérison du prolapsus utérin et de toutes ses conséquences : l'hystéropexie agira à la fois sur le prolapsus de l'utérus et sur le prolapsus du vagin. Certes, si l'utérus prenait son nouveau point d'appui uniquement sur le péritoine, on comprendrait que les tractions nouvelles opérées sur la séreuse pariétale exposent facilement celle-ci au même sort que tous les ligaments de l'utérus, relâchement croissant. L'hystéropexie deviendrait dans ce cas non seulement une opération inutile, mais encore une opération dangereuse à cause de l'existence de cette bride séreuse reliant l'utérus à la paroi, susceptible de déterminer une cause de gêne ou d'étranglement. Nous avons vu que la plupart des chirurgiens pratiquent l'hystéropexie en fixant l'utérus non seulement au péritoine pariétal mais à la paroi musculaire de l'abdomen. La fixation ainsi effectuée, il n'y a pas à craindre que les sutures lâchent ou que la paroi abdominale soit entraînée. En fait, les résultats éloignés sont favorables à la cure du prolapsus. JOYEUX (1) sur 45 opérations, signale 45 guérisons durables ; RAÜHUT, sur une statistique de 55 hystéropexies faites par différents opérateurs, constate la guérison dans 60 p. 100 des cas, la récurrence dans 49 p. 100, l'amélioration dans 45 p. 100, la mort dans 5 p. 100. Les cas de mort deviennent excessivement rares, si l'opération n'est pratiquée que chez des sujets capables de la supporter et avec les garanties de

Joyeux. Du traitement des prolapsus génitaux par l'hystéropexie. Thèse, Lyon, 1894-95.

l'asepsie que tout chirurgien doit observer. Les récidives ont été rarement observées quand la technique chirurgicale a été scrupuleusement appliquée. Le reproche le plus sérieux adressé à l'hystéropexie abdominale directe, est l'influence nuisible exercée sur les grossesses ultérieures. On l'a rendue responsable de grandes difficultés au cours de l'accouchement. Celles-ci ont été scrupuleusement étudiées par le professeur OUI au Congrès de Gynécologie de Rouen en 1904. Le rapporteur a terminé son étude par cette remarque importante que « dans la très grande majorité des cas, l'hystéropexie n'a pas d'influence nuisible sur l'évolution et sur la marche de l'accouchement ». Il a rappelé la parole du professeur PINARD : « Toutes les hystéropexies abdominales ne donnent pas les mêmes résultats et n'ont pas les mêmes conséquences au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs. » La fixation de l'utérus par son fond, comme elle a été préconisée par LÉOPOLD et par MUND semble bien prédisposer formellement à la rupture de l'utérus, la présentation vicieuse, l'impossibilité d'introduire un ballon de Champetier à cause de la hauteur et de la direction du col. Au contraire, en fixant l'utérus uniquement par sa paroi antérieure et le plus près possible du col comme l'a recommandé LAROYENNE, les conséquences obstétricales possibles se réduisent à néant. Nous croyons donc que l'hystéropexie abdominale directe peut rester une opération bénigne et doit être pratiquée quand les inconvénients du prolapsus sont suffisants pour faire oublier au chirurgien les ennuis d'une laparotomie abdominale.

Nous avons rapproché de l'hystéropexie directe la vésico-fixation, imaginée par le professeur WERTH. L'avantage de cette opération est pour lui le suivant : le péritoine de la vessie fournit à l'utérus une surface de soutien à laquelle on peut l'adosser par toute sa face antérieure, évitant ainsi les brides qui pourraient résulter, dit-il, de l'hystéropexie par les procédés ordinaires, même quand les fils de soutien prennent avec le péritoine pariétal la paroi musculaire. La grossesse, dit Werth, évolue très bien après cette opération et il en a constaté plusieurs cas à la clinique de Kiel. Nous ne sachons pas que cette opération ait été pratiquée par d'autres chirurgiens et le professeur Werth, lui-même ne fait la vésico-fixation qu'au cours d'une laparotomie entreprise pour une autre cause que le prolapsus : il n'en fait pas un traitement systématique de celui-ci.

b) HYSTÉROPEXIES INDIRECTES. — Elles peuvent être ramenées à l'heure actuelle à une seule opération, le raccourcissement des ligaments ronds. Certes, à la suite d'une ovariectomie double, il peut être très utile de raccourcir par une ligature fortement serrée les ligaments larges, mais, quand le chirurgien intervient par la voie abdominale dans le but de remédier uniquement au déplacement en bas de l'utérus, c'est aux ligaments ronds qu'il s'adresse. Qu'il s'agisse de l'opération appelée raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, de l'hystéropexie indirecte de Doléris, ou de l'intervention pratiquée surtout en Amérique, qui consiste à fixer l'extrémité utérine des ligaments ronds à la paroi postérieure de l'utérus,

on cherche toujours à replacer cet organe dans une situation normale par une diminution de longueur des ligaments ronds. Ceux-ci placés à la partie supérieure de l'utérus, doués d'une résistance plus grande que les autres soutiens de la matrice, semblent bien choisis pour fournir la thérapeutique efficace au prolapsus. L'opération aura l'avantage considérable sur celle d'Alexander-Alquié de porter sur la partie la plus résistante des ligaments, et, si nous faisons abstraction des inconvénients de la laparotomie, la comparaison à établir entre le raccourcissement intra-abdominal et le raccourcissement extra-abdominal est tout entier à l'avantage de celui-là. Au congrès de Rouen 1904, DOLÉRIS a présenté son procédé comme très efficace et très bénin. Les résultats sont très encourageants pour les cas de déplacement de l'utérus sans lésion des annexes, et, d'après les statistiques de Dolérís en ce qui concerne la grossesse et l'accouchement, le raccourcissement des ligaments ronds n'aurait aucune conséquence fâcheuse. On peut avec crainte se demander cependant, si les opérations qui s'adressent aux ligaments ronds seraient suffisantes pour maintenir un utérus déjà pesant, mal soutenu par les autres ligaments et par un périnée défectueux. L'hystéropexie indirecte n'a jamais été appliquée à notre connaissance aux cas de prolapsus très prononcés, c'est plutôt une opération dirigée contre le premier degré de descente de l'utérus et surtout contre ses rétrodéviations.

L'opération d'Alexander a eu de chauds partisans et des adversaires acharnés. Ce procédé opératoire est évidemment bénin, d'une bénignité au moins égale à celle de la

cure radicale de la hernie. Sur ce point, tout le monde est d'accord. Il n'en est pas de même sur la question de savoir si l'intervention reste efficace dans ses suites éloignées. LEGUEU fait remarquer que, si, anatomiquement, les tractions exercées sur les ligaments ronds amènent l'utérus en avant et en haut, il n'en est pas toujours de même dans les cas pathologiques où les lésions de pévi-péritonite ont pu amener soit une atrophie de l'un des ligaments, soit une insertion anormale des deux. Des observations ont été rapportées dans lesquelles le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds avait eu pour effet, à cause de leur disposition pathologique, d'amener, au lieu d'une fixation en avant, un déplacement en arrière de l'organe, avec tendance par conséquent exagérée vers le prolapsus. Les résultats cliniques de l'opération d'Alexander ont surtout été étudiés dans les rétrodéviations. Ici, on a pu noter jusqu'à 90 p. 100 de guérisons, pourvu que l'opération ait été pratiquée en l'absence de lésions annexielles et d'adhérences de péri-métrite. C'est ainsi que MUNDÉ (1) publiait, en 1896, une statistique de 97 malades dont 87 étaient restés guéris, que DELBET (2) a mentionné 213 cas où le résultat a été parfait, excepté une seule fois, que DOLÉRIS (3) relate 88 opérations avec 80 résultats tout à fait favorables. Il faut ajouter, comme

(1) Mundé. Value of the operation for Sorthening the round Ligaments. — *Americ. Journ. of obst.*, nov. 1888. — *The Med. News*, 14 mars 1895.

(2) Delbet. *Loc. cit.*, p. 522.

(3) Doléris. Traitement chirurgical de la rétroversion. *La Gynécologie*, 1898, p. 17 et Hivet. *Thèse*, Paris, 1901, n° 348.

le fait Legueu après l'énumération de ces succès durables, que les observations sont surtout celles de malades qui ont subi à la fois le raccourcissement des ligaments ronds et le curettage, accompagné souvent d'opérations plastiques sur le col et le périnée. Rarement, l'opération d'Alexander a été dirigée contre le prolapsus lui-même, ou alors il s'est agi de celui-ci à un faible degré.

Il semble bien qu'elle soit insuffisante à fixer un utérus non pas dévié seulement en arrière, mais tout à fait prolabé et atteint le plus souvent de métrite parenchymateuse et d'allongement hypertrophique du col. DELBET a étudié la résistance des ligaments aussitôt l'opération, et établi qu'elle est au moins de 2 kilogrammes. Mais dans le cas de prolapsus complet de l'utérus, il faut compter non seulement avec le poids de celui-ci, mais avec les tractions permanentes qu'il va déterminer sur le seul appareil destiné désormais à le soutenir. C'est cette considération d'insuffisance qui empêche de préconiser l'opération d'Alexander comme traitement systématique de la chute de l'utérus. Elle ne paraît pas, en effet, avoir une influence grave sur la grossesse. Voici comment s'exprime LEGUEU à ce sujet (1): « Le nombre des opérations est assez considérable aujourd'hui et leur date assez ancienne pour que la question puisse être tranchée. Sous ce rapport l'opération d'Alexander est plus favorable que les vagino fixations et que l'hystéropexie: elle rétablit l'utérus dans des conditions de stabilité plus voisines de l'état normal, et elle compromet moins le cours de la grossesse ou le méca-

(1) Labadie-Lagrave. *Traité de Gynécologie*, p. 396.

nisme de l'accouchement. Dans la majorité des cas, les ligaments ronds s'allongent pendant la grossesse avec l'utérus et subissent plus tard comme celui-ci le phénomène de l'involution. Ce n'est qu'après le huitième mois au dire de Strassmann que les malades éprouveraient quelques douleurs.

Sur 16 grossesses rapportées par Lamort, et survenues après l'opération d'Alexander, on note 14 accouchements normaux, et seulement un accouchement prématuré et un avortement, et ces deux accidents sont-ils imputables à des circonstances fortuites (choc, surmenage), et indépendantes de l'opération. Après la grossesse l'utérus reprend sa situation normale, W. Alexander note ce résultat favorable chez sept de ses opérées. »

c) HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE. — Les procédés imaginés par JACOBS et LEGUEL ne diffèrent guère de la technique employée généralement pour enlever l'utérus. Ces chirurgiens ont eu seulement l'idée de fixer, après l'hystérectomie supra-vaginale, le moignon persistant du col ou aux ligaments larges (Jacobs, ou à la paroi abdominale (Legueu). Ils pensaient ainsi obvier aux deux causes du prolapsus de l'utérus : le poids de l'organe, l'insuffisance de ses moyens de soutien. L'amputation de l'utérus serait un moyen curatif exagéré dans les cas bénins de l'affection : il ne s'agit du reste d'appliquer cette thérapeutique que dans les formes avancées et incurables par les autres moyens dirigés contre le prolapsus. Les femmes qui présentent ce degré de déplacement de la matrice sont la plupart du temps, d'un âge où la conservation des ovaires

doit rentrer faiblement en ligne de compte devant une détermination thérapeutique à prendre. On peut hésiter à pratiquer l'hystérectomie abdominale plutôt à cause de la gravité relative de cette opération qu'en considération de la suppression de la fonction ovarienne. Nous pensons que l'hystérectomie abdominale ne saurait être proposée contre le prolapsus que, dans les cas où il a été indiqué, pour une autre raison, de pratiquer la laparotomie, l'hystérectomie vaginale étant, à défaut d'autre intervention possible, une opération moins grave. Quant à la colopexie ligamentaire proposée par Jacobs et au pédicule externe ressuscité par Leguen, ce sont d'heureuses conceptions qui auraient donné de bons résultats à leurs auteurs.

II. — Interventions par la voie vaginale.

a) HYSTÉROPEXIE VAGINALE. — Nous avons déjà dit que les procédés de Mackenrodt et de Dürhssen ont subi de la part de leurs auteurs plusieurs modifications. On discute beaucoup actuellement en Allemagne sur la valeur absolue, et sur la valeur comparative de ces deux opérations. Leurs auteurs les préconisent surtout dans les cas de rétrodéviations, mais ils n'hésitent pas cependant à les pratiquer pour le prolapsus lui-même. Un premier reproche, adressé souvent aux hystéropexies vaginales, est la difficulté de leur manuel opératoire. La vessie et les uretères ont été blessés parfois, et un malade de Dürhssen succomba à une lésion de ce genre. Il y a certes dans la technique de ces interventions, une habitude toute spéciale à acquérir,

mais la facilité avec laquelle des gens un peu exercés arrivent à les pratiquer montre bien qu'on ne saurait s'arrêter cependant à cette objection. Certes, il est d'autre part, moins aisé d'examiner par le cul-de-sac antérieur que par la large voie abdominale l'utérus que l'on va fixer et les annexes qui peuvent être atteintes de lésions inflammatoires, aussi, il ne saurait être question de ces interventions par la voie vaginale que dans les cas où les chirurgiens semblent fixés sur l'absence ou le peu d'importance des altérations annexielles.

Au Congrès de Rouen 1904, le professeur OUI s'exprime de la façon suivante relativement à l'influence de l'hystéropexie vaginale sur les grossesses ultérieures : « Sensations douloureuses assez fréquentes, troubles de la miction, constituent de légères complications des grossesses qui succèdent à une hystéropexie vaginale, et nous ne nous y arrêterons pas plus que nous ne l'avons fait en ce qui concerne l'hystéropexie abdominale. Toutefois la vagino-fixation paraît exercer sur la grossesse une influence défavorable. Sur 95 grossesses observées jusqu'à leur terminaison, DEMELIN, en 1896, comptait 49 avortements, soit une proportion d'environ 22 p. 100 ; KÜSTNER, la même année, sur 48 grossesses, notait 48 avortements (soit 37 p. 100) dont un suivi de rétention placentaire. Il est vrai que depuis, DÜRRISSEN a apporté une statistique véritablement merveilleuse de 70 grossesses survenues après vagino-fixation par son dernier procédé, et qui se

OUI. L'hystéropexie envisagée au point de vue de son influence sur les grossesses ultérieures. IV^e Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie. Rouen, 1904.

sont toutes, sauf une (mort par hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta) heureusement terminées... Ce que nous constatons surtout, c'est la fréquence de la rupture prématurée ou précoce des membranes, l'antéversion et l'antéflexion exagérées de l'utérus, la déviation parfois extraordinaire du col... Aussi, les accouchements difficiles et les interventions opératoires deviennent-ils plus fréquents... Le pronostic de l'hystéropexie vaginale apparaît donc comme nettement plus défavorable au point de vue obstétrical que celui de l'hystéropexie abdominale. »

Du reste, la vagino-fixation fut-elle une opération essentiellement bénigne au point de vue de l'intervention comme au point de vue des grossesses futures, elle ne pourrait être réservée qu'aux cas de prolapsus peu prononcés. A part Dürhssen, tous les auteurs, et même Mackenrodt, reconnaissent qu'elle n'est pas toujours curative pour le prolapsus. A plus forte raison serait-elle sans effet sur la chute d'un utérus très altéré et depuis longtemps descendu.

b) *Hystérectomie vaginale*. — Nul doute que l'hystérectomie vaginale soit une opération indiquée dans les cas de cancer ou de fibrome puisque à un prolapsus s'ajoute une lésion propre de l'utérus. On doit en dire autant de l'irréductibilité, du sphacèle, des altérations suppurées ou scléreuses des annexes.

En dehors de là, les chirurgiens sont unanimes à réserver l'hystérectomie vaginale, à part certains cas incurables par les autres moyens, au prolapsus des femmes qui ont atteint la ménopause.

QUÉNU a étudié dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, janvier 1894, les indications de l'hystérectomie vaginale dans ces cas, et il conclut : « L'hystérectomie vaginale est une bonne opération contre le prolapsus total de l'utérus chez les femmes ayant atteint la ménopause ou près de l'atteindre, principalement quand il s'agit de femmes dont la condition sociale nécessite une vie active, spécialement lorsque l'état du périnée et du vagin ne laisse aucun doute sur la possibilité de restaurer utilement l'appareil de soutienement. Il sera bon de compléter l'opération par une périnéorrhaphie exécutée rapidement par le procédé de Lawson Tait ; mais ces opérations complémentaires doivent être faites dans la même séance que l'hystérectomie vaginale. Si on s'en dispense, le résultat principal n'en sera pas moins acquis, la légère cystocèle persistante ne sera jamais capable d'apporter une entrave ou même une gêne sérieuse aux fonctions et aux occupations du malade. »

On ne saurait dire pourtant que dans le prolapsus complet de l'utérus l'hystérectomie vaginale soit toujours une opération idéale. Certes, la technique en est, en général, facile ; il est, le plus souvent, très aisé de remplacer les pinces à demeure par des ligatures et d'éviter ainsi l'hémorrhagie post-opératoire qui constitue encore le plus grand danger de l'hystérectomie vaginale. L'utérus est déjà, en quelque sorte, sorti de l'abdomen, il suffit de le libérer de ses attaches en ménageant les organes voisins et la largeur du vagin est une condition favorable toutes les manœuvres.

Au point de vue de la gravité opératoire, l'intervention

ne peut avoir d'autres contre-indications que celles inhérentes à toute opération viscérale (mauvais état général, lésions organiques avancées). On ne reproche pas non plus à l'hystérectomie vaginale la suppression d'un organe important : nous avons dit que d'une façon générale il faut la réserver aux femmes qui ont atteint la ménopause. L'imperfection de l'opération consiste dans l'incertitude du résultat cherché. Certes, comme l'écrivait Quénu en 1894, une hystérectomie suivie surtout de périnéorrhaphie suffit le plus souvent à empêcher le prolapsus de se reproduire, cependant il n'en est pas toujours ainsi et bien des chirurgiens ont dû, pour combattre une récurrence, faire du côté des parois vaginales des opérations complémentaires. La suppression de l'utérus ne suffit pas, en effet, à guérir la procidence du vagin : la cystocèle surtout persiste après l'hystérectomie. C'est justement pour obvier à cette insuffisance qu'ont été imaginées les opérations plastiques de Freund, de Fritsch, de Wertheim.

CHAPITRE III

Les opérations plastiques dirigées contre le prolapsus complet de l'utérus ont pour but d'utiliser l'organe prolabé lui-même, pour en faire un appareil de soutien. L'utérus, au lieu d'être enlevé, est fixé dans le vagin pour empêcher les parois de celui-ci de descendre.

La première idée de cette thérapeutique chirurgicale revient à FREUND (1), qui proposa de fixer l'utérus déplacé dans le conduit vaginal, comme une sorte de tampon. Il voulait seulement remplacer les pessaires par la matrice elle-même, et son opération, bien simple, consistait uniquement à accoucher, pour ainsi dire, l'organe et à le suturer à la paroi vaginale. Les inconvénients de ce procédé apparurent rapidement. D'abord la présence de l'utérus dans le vagin est un obstacle au coït; puis l'utérus simplement fixé à la paroi vaginale s'enflamme, se recouvre de granulations et devient alors la cause d'une suppuration abondante et de douleurs continues. Le but recherché par Freund n'était certes pas réalisé et, à part quelques cas tout à fait exceptionnels, où à cause du mauvais état géné-

(1) Freund (W.-A.). Naturforscherversammlung Frankfurt a. M. *Centralblatt f. Gyn.*, 1896, n° 40.

ral de la malade on est obligé de se contenter d'une opération simple qui ne nécessite pas la narcose, la transposition de l'utérus, à la façon de Freund, ne mérite pas d'être conservée.

FUCHS, dans son étude récente (1), très approfondie du traitement des prolapsus complets de l'utérus, fait remarquer encore que l'omission de temps opératoires importants (colpopérinéorrhaphie, amputation du col, etc.) fait de la méthode de Freund un procédé imparfait, que l'atrophie ou, au contraire, l'hypertrophie de certains utérus enflammés en fait de mauvais obturateurs et que, même au point de vue plastique, c'est s'exposer à des résultats défectueux que de vouloir traiter uniquement le prolapsus par cette obturation du vagin. Des observations de KLEINS (2) et de PFANNENSTIEL (3) montrent la facilité des récides après un court laps de temps.

L'idée de Freund fut reprise par FRITSCH (4) et la modification apportée par celui-ci constitue déjà un grand progrès. Après avoir fait une incision en T sur les parois antérieure et postérieure du vagin, il enfouit l'utérus, qui se trouve ainsi solidement fixé et recouvert sur toute sa face inférieure par des lambeaux de la paroi vaginale. L'utérus, ainsi placé, sera moins sensible à l'inflammation

(1) Fuchs. Zur plastischen Verwendung des uterus (Wertheim) bei Operationem grosser Genitalprolapse, p. 643.

(2) Kleins. Prolapsoperationem, insbesondere die W.-A. Freundsche Einnahung des Uterusfundus in die Scheide. *Hegars Beitr.*, Bd. VIII, H. 1.

(3) Pfannenstiël. Kongressverhandlungen. S. 494. *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, Bd XXII.

(4) Fritsch. Prolaps operationem. *Centralblatt f. Gynec.*, 1900, n° 2.

inévitables dans le procédé de Freund et, d'autre part, les récidives seront probablement moins fréquentes ; mais, ici encore, le vagin n'existe plus, comblé qu'il se trouve par l'organe transposé : le coït sera encore impossible.

C'est à WERTHEIM (1) que revient l'honneur d'avoir rendu applicable l'idée de ses précurseurs. Après avoir fait subir à l'utérus quelque variation de volume par l'amputation du col, il le fixe entre la vessie et la paroi vaginale. L'utérus soutiendra la vessie et combattrà la cystocèle, tout en restant situé en dehors du vagin et permettant les rapports sexuels.

Voici la *technique de l'opération* ainsi conçue : Il est très important, et le professeur Werth, de Kiel, comme le docteur Fuchs, de Dantzig, insistent beaucoup sur ce point, de laisser une semaine au moins la malade au repos pour amollir les tissus indurés et faire disparaître les œdèmes. L'opération elle-même comprend les temps suivants :

1^o Incision médiane commençant à un centimètre environ derrière le méat urinaire et allant presque jusqu'à l'orifice externe du col. Dissection de ces deux lambeaux, que l'on doit séparer délicatement de la vessie. Ce temps est rendu assez difficile par le peu d'épaisseur de la cloison vésico-vaginale. Il se fait en grande partie à la compresse ; un léger suintement hémorrhagique se produit en nappe sans qu'il soit nécessaire, d'habitude, de poser des ligatures. Dans les cas de cystocèle très prononcée, il y a avantage à faire, au lieu d'une incision longitudinale, deux

(1) Wertheim. *Centralblatt f. Gyn.*, 1899, n° 14.

incisions courbes limitant un lambeau ovalaire. La bascule de l'utérus sera rendue plus facile par cette vaste brèche et la suppression de cette partie de la muqueuse vaginale sera une manœuvre toute faite lorsqu'il faudra exécuter la périnéorraphie antérieure.

2° Incision transversale du vagin autour du col, comme au début de l'hystérectomie vaginale, en passant plus loin du col en arrière, de façon à circonscrire une partie du Douglas. Séparation de l'utérus du vagin, d'une façon analogue à celle employée dans l'hystérectomie vaginale, et décollement de la vessie. Incision du cul-de-sac péritonéal antérieur et mise en place d'une valve sous la vessie. Résection et suture du Douglas. Ce temps est, en somme, le premier de l'hystérectomie vaginale, mais dans l'opération de Wertheim, il faut se garder soigneusement de couper les artères utérines.

3° Amputation du col utérin sur une longueur qui varie d'après le catéthérisme. Le moignon du col est recouvert par la lèvre postérieure de l'incision vaginale et les sutures sont faites séparément au catgut. Les fils traversent la muqueuse vaginale et toute l'épaisseur du col pour sortir par l'orifice externe.

4° Descente du corps de l'utérus à travers la partie antérieure de l'incision vaginale. La matrice est attirée par des pinces à griffes et descend facilement, grâce au refoulement en arrière par le doigt du chirurgien de la partie cervicale. Lorsqu'il fait hernie dans le vagin, l'utérus fait remonter la vessie dans l'abdomen. S'il y a des indications d'examiner les annexes, on les fait sortir aussi par le cul-de-sac antérieur et on peut alors les extirper ou les

cautériser. S'il n'y a pas de raisons d'explorer les annexes, il est préférable d'arrêter la manœuvre de bascule dès que l'utérus est sorti. On arrive à faire ainsi une opération extra-péritonéale. L'opération de Wertheim s'adresse, dans la généralité des cas, aux femmes qui ont atteint la ménopause. Si pourtant l'opération était pratiquée chez une femme susceptible de grossesse, il serait nécessaire, lors de ce temps opératoire, d'extirper les ovaires et de sectionner les trompes.

5° Fermeture du péritoine qui est suturé à la partie postérieure de l'utérus : la lèvre antérieure du péritoine, incisé dans le cul-de-sac antérieur, est fixée à la partie postérieure de l'utérus, près du dôme utérin. Ici encore, les sutures se font au catgut ; elles sont assez difficiles à poser, mais ce temps opératoire, sur lequel insiste le professeur Werth, a pour résultat de bien isoler l'utérus de la cavité abdominale.

6° Fixation de l'utérus entre la vessie et la paroi antérieure du vagin. Les points de suture traversent de la droite à la gauche du chirurgien la paroi vaginale antérieure, la paroi utérine antérieure, puis la paroi vaginale antérieure de l'autre côté. Les trois points de suture voisins du sommet de l'utérus doivent être faits au crin de Florence, le chirurgien pouvant employer le catgut pour suturer la partie inférieure de la matrice transposée. Si, au premier temps de l'opération, on s'est contenté d'une incision longitudinale de la paroi antérieure du vagin et de la dissection des lambeaux, il faut réséquer à ce moment la partie exubérante de la muqueuse ainsi disséquée, de façon à avoir juste l'étoffe nécessaire pour recouvrir

toute la paroi antérieure de l'utérus. La partie antérieure du col excisé est suturée à la tranche vaginale, comme il avait été fait à la partie postérieure lors du troisième temps de l'opération.

7° Périnéorraphie postérieure. Elle peut se faire aussi au catgut. Werth recommande de la faire à plusieurs plans pour bien affronter les tissus et ne pas laisser dans le tissu cellulaire des lacunes susceptibles de suppuration.

Comme on le voit, l'opération de Wertheim comprend les premiers temps de l'hystérectomie vaginale, mais au lieu de séparer l'utérus des ligaments larges, on le conserve après l'avoir transposé entre la vessie et la paroi vaginale antérieure. L'opération se complète par les temps suivants : amputation du col, périnéorraphie antérieure et postérieure, résection du Douglas et, au besoin, traitement des annexes.

CHAPITRE IV

Voici comment s'explique Fuchs (1) au sujet de l'opération de Wertheim, dont il est très partisan : « Le temps principal de ce procédé a donc pour but, d'une part, de soustraire l'utérus à l'action immédiate de la pression abdominale, et, d'autre part, de renforcer la paroi vaginale antérieure contre les tendances à la cystocèle en interposant l'utérus entre les bords cruentés de la muqueuse vaginale. En même temps, on obtient une tension du canal vaginal, on conserve sa perméabilité pour le coït : on peut admettre, en effet, que l'éminence lisse constituée par la paroi antérieure de l'utérus, faisant une légère issue dans la lumière vaginale, ne constitue pas un obstacle aux rapports sexuels. » Ce chirurgien est plein d'éloges pour cette opération qu'il a pratiquée lui-même et a vu pratiquer souvent par Werth. Il entrevoit même le moment où la constatation des bons résultats éloignés obtenus par ce procédé permettra de songer à l'employer même chez les femmes encore capables de grossesse, mais ayant déjà payé

(1) Fuchs. *Loc. cit.*

leur tribut à la société et atteintes en retour de prolapsus complet de l'utérus, empêchant ou rendant très difficile tout travail. L'opération aurait alors l'avantage de rendre ces femmes stériles sans autre complication que celle de la section des trompes au moment où l'utérus vient d'être basculé dans le cul-de-sac antérieur. Actuellement, il n'a jamais appliqué la méthode de Wertheim qu'aux femmes ayant atteint la ménopause, mais jamais il n'a négligé aucun des temps de l'opération. Il croit que de bons résultats ne seront obtenus que par les chirurgiens qui voudront bien se soumettre à toutes les manœuvres plastiques qui composent la méthode.

Nous avons dit au chapitre précédent que, de l'aveu de tous les chirurgiens, l'hystérectomie vaginale, si elle est une opération bénigne, est parfois incapable d'empêcher la récurrence du prolapsus vaginal, surtout de la cystocèle. L'opération de Wertheim se propose justement d'établir une barrière, constituée par l'utérus, sous la vessie. Celui-ci est enfoui entre la vessie et la muqueuse vaginale, de sorte que, non seulement il ne peut descendre lui-même, mais il est en outre un obstacle à l'irruption de la vessie. L'amputation du col, la périnéorrhaphie antérieure et postérieure, la résection du Douglas sont des adjuvants pour rétablir la statique pelvienne.

La transposition de l'utérus peut être rapprochée en principe de la vagino-fixation : c'est une sorte d'hystéropexie vaginale, puisque la matrice est fixée dans la paroi antérieure du vagin. Elle diffère cependant de la vagino-fixation puisque dans l'opération de Wertheim, l'uté-

rus est définitivement scellé dans la muqueuse du vagin non recouverte du péritoine. Cette disposition qui rend l'utérus incapable de supporter une grossesse parce qu'il ne peut se développer, constitue pour lui un mode de fixation beaucoup plus résistant que la vagino-fixation telle qu'elle est pratiquée actuellement dans l'espoir de grossesse possible. D'après KÜSTNER, il faudrait attacher une grande importance à la fixation définitive de l'utérus en antéversion accentuée, pour lui, les troubles de la statique pelvienne étant, dans la plupart des cas, la conséquence des déplacements de l'utérus en arrière.

Cette transposition de l'utérus n'offre pas de grandes difficultés opératoires. Nous avons dit, en décrivant la technique, qu'il est important pour le chirurgien de repousser en arrière le col de l'utérus ; à la suite de cette manœuvre, la matrice vient prendre sous la vessie la place occupée jusque-là par la valve. Plus délicate est la manœuvre qui consiste à séparer la vessie de la muqueuse vaginale antérieure. Cependant c'est la technique ordinaire de la périnéorrhaphie antérieure. FUCHS recommande de ne pas libérer la vessie trop loin en haut et latéralement. « Il est, dit-il, encore un point de la technique auquel il faut porter une attention particulière si l'on veut éviter la réinterposition de la vessie que nous avons signalée. Il importe de procéder avec prudence dans la libération de cet organe. Il ne faut pas la séparer de ses contacts supéro-latéraux non plus que sur la ligne médiane du péritoine et du pli vésico-utérin plus que ne l'exige l'extériorisation de l'utérus hors de l'ouverture péritonéale. Si on observe

ces précautions l'utérus doit rester en place au-dessous de la vessie (1).

Quant à la fixation de l'utérus dans la paroi antérieure du vagin elle s'obtient facilement par la mise en place de quelques points de suture. On peut établir un surjet au catgut prenant les deux lèvres de l'incision vaginale et l'utérus, mais il est prudent d'y ajouter quelques crins de Florence à points séparés, destinés à établir une fusion plus large et à rester en place quelque temps encore après la résorption du catgut. D'après Fuchs, on pourrait dans certains cas aviver à la curette la paroi utérine antérieure. Il ne nous semble pas que cette manœuvre soit plus utile que dans les autres hystéropexies.

Le même chirurgien envisage encore les cas où l'utérus est atrophié ou au contraire très augmenté de volume. D'après lui, il ne saurait y avoir là de contre-indications à la fixation de l'organe. Il recommande seulement au cas d'atrophie de suturer l'utérus et quelques franges vésicales et au cas d'hypertrophie de pratiquer la résection cunéiforme plus ou moins étendue de la paroi antérieure de l'utérus.

Dès sa première publication en 1899, WERTHEIM recommandait de fermer la cavité péritonéale derrière l'utérus en suturant la lèvre antérieure du péritoine à la paroi postérieure de l'utérus. Werth a toujours pratiqué cette technique dans le but d'établir une barrière à l'infection ascendante si elle se produisait et aussi de donner un soutien de plus aux organes du petit bassin.

(1) Fuchs. *Loc. cit.*, p. 648.

La transposition de l'utérus se complète dans le procédé de Wertheim par l'amputation du col, la résection du Douglas, la périnéorrhaphie. Ce sont des moyens auxiliaires, mais cependant capables de diminuer le poids des organes prolapsés et d'augmenter considérablement la solidité de l'appareil de soutien. La périnéorrhaphie antérieure et postérieure est restée le complément nécessaire de toutes les opérations dirigées contre le prolapsus utérin sous toutes ses formes. On pourrait dire que traiter le prolapsus sans refaire un périnée solide est vouloir bâtir sans fondements. Après la transposition de l'utérus la réfection du plancher périnéal conserve la même importance qu'elle a après les autres interventions.

L'amputation du col, suivie de la résection du Douglas qu'elle facilite, diminue le poids de l'utérus en même temps que son degré d'abaissement. Sans accorder à l'allongement hypertrophique du col l'influence qu'on lui octroyait autrefois à la production du prolapsus, on doit croire cependant qu'elle est capable de l'augmenter. Fuchs attache une grande importance à l'excision du col : « La résection du col, dit-il, a pour elle deux raisons, tout d'abord la suppression d'une cause de lésions de la paroi vaginale, et, en outre, la formation par les points de suture radiaire qui sont placés pour constituer le nouvel orifice d'une sclérose cicatricielle bienfaisante (1).

(1) Fuchs. *Loc. cit.*, p. 646.

CHAPITRE V

Quels sont les résultats de l'opération de Wertheim ? Pratiquée à l'heure actuelle par peu de chirurgiens, ceux-ci ne signalent pas de décès à la suite de l'intervention. Les observations montrent, en outre, que ce procédé opératoire ne fut suivi d'aucun trouble, ni de la santé générale ni de la fonction vésicale, bien que les perturbations considérables apportées dans l'innervation de la vessie et son déplacement eussent permis de penser le contraire. Il reste donc à s'occuper de l'efficacité de l'opération.

L'observation recueillie à la clinique du docteur LE NOUËNE est la seule que nous connaissions actuellement en France, aussi la publierons-nous en entier.

OBSERVATION (inédite).

(Recueillie à la clinique du Dr Le Nouène. Le Havre.)

R... Marie, 52 ans, épicière, consulte le 18 avril 1905 le docteur Le Nouène pour un prolapsus de l'utérus.

Antécédents. — Rougeole à 14 ans. Mariée à 25 ans. Typhoïde à 32 ans. A eu cinq enfants. Les accouchements ont été à terme et se sont passés normalement. Pas de fausse couche. Le dernier accouchement a eu lieu à l'âge de 43 ans.

Depuis 6 ans, la malade éprouve une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et à la vulve. Depuis 4 ans, elle constate la présence de l'utérus à la vulve. Le prolapsus n'a fait qu'augmenter lentement mais progressivement. Les règles sont supprimées depuis 4 ans. Depuis 3 ans, les envies d'uriner sont plus fréquentes et se produisent, à l'époque où la malade vient consulter, toutes les heures environ. La santé générale est bonne. La femme tousse cependant l'hiver, mais sans jamais devoir s'aliter. Elle travaille beaucoup et est debout presque toute la journée.

Examen. — Femme grasse. Ventre souple mais très gras-seux. Pas de douleurs dans l'abdomen, à part une sensation de pesanteur dans les lombes et le pelvis. A la vulve, on voit une grosseur du volume d'un œuf de poule qui sort sous l'influence de la toux et que l'on reconnaît facilement pour l'utérus. Le col est élargi et dur avec des granulations. L'hystéromètre donne une longueur de 11 centimètres à partir de l'orifice externe et montre la cavité utérine dépourvue de tumeur. Quand la femme marche ou pousse quelque temps, l'utérus descend à 7 ou 8 centimètres hors de la vulve, et la paroi vaginale apparaît alors dure et hypertrophiée. La sonde vésicale montre que presque toute la vessie est descendue dans le vagin.

Cœur sain, poumons sains, mais respiration courte. Urines : ni sucre, ni albumine.

Opération, le 29 avril 1905. — Chloroforme. Opération de Wertheim, telle que le docteur Le Nouëne l'a vue exécutée par le professeur Werth, à Kiel. Incisions elliptiques sur la paroi antérieure du vagin qui est très épaissie et scléreuse. Circulaire à 5 ou 6 millimètres au-dessus de l'orifice externe du col, pour disséquer le vagin sur une hauteur de 2 centimètres et demi environ. Les artères utérines sont respectées. Les manœuvres sont assez faciles, mais les tissus saignent beaucoup. Amputation du col après introduction de la sonde intra-utérine. L'utérus, très gros, descend difficilement dans le cul-de-sac antérieur. Bosselures sur la face antérieure de l'utérus qui est

très épaissi. Une partie de la paroi antérieure est réséquée et les tranches suturées au catgut. Au cours de l'opération, on ne voit que les cornes utérines et pas les ovaires. Après quelques tentatives, le surjet du péritoine à la paroi postérieure de l'utérus est abandonné. Un surjet au catgut suture la paroi antérieure de l'utérus à la paroi vaginale antérieure, et trois crins de Florence sont placés en dehors du surjet au catgut. Périnéorraphie antérieure et postérieure. Mèche vaginale. L'opération a duré 1 h. 45.

Suites. — On sonde la malade pendant un jour, à cause de la mèche vaginale, puis elle urine seule. Les suites sont très simples. Les crins de Florence du périnée, qui commencent à couper, sont enlevés le neuvième jour, les crins de la paroi vaginale antérieure le douzième.

Sortie le 22 mai, guérie. L'opérée a été revue le 26 septembre, en très bon état. A ce moment, la femme se plaignait de tousser, mais n'accusait rien d'anormal du côté du périnée. La miction se faisait parfaitement. A l'examen, on constatait encore à la toux un léger abaissement de la cloison vaginale antérieure, due à l'insuffisance de résection de la partie exubérante, mais rien ne sortait au dehors de la vulve.

Revue pour la seconde fois dans les premiers jours de novembre, la malade se trouve toujours en parfait état. Gênée avant l'opération, dans l'accomplissement de ses occupations journalières assez pénibles, cette femme travaille actuellement sans difficultés, debout toute la journée. Les mictions impérieuses qui se répétaient autrefois toutes les heures, n'existent plus et ne se font que deux ou trois fois par jour. Enfin elle n'éprouve plus cette sensation de pesanteur dans le bassin : elle ne souffre plus.

Devant ces résultats, et après avoir suivi l'opérée pendant sept mois après l'intervention, il nous est permis, croyons-nous, de songer à un succès opératoire durable.

A l'étranger, nous avons recueilli 142 cas de prolapsus traités par ce procédé chirurgical.

BUCURA (1) cite 16 cas pris à la clinique de Wertheim, 11 ont pu être suivis. L'examen objectif pratiqué entre huit mois et deux ans après l'opération ne fit constater qu'une seule récursive.

SCHAUTA (2), sur 40 observations, ne rapporte également qu'une récursive.

Nous trouvons, dans le *Traité de Gynécologie* que Doderlein et Krönig (3) ont publié dernièrement, le relevé de 47 cas de prolapsus opérés par la méthode de Wertheim. DODERLEIN, sur 32 malades dont il a contrôlé les résultats éloignés, a constaté 23 succès complets. Dans huit autres, il se produisit un léger abaissement des parois vaginales dû à une plastique périnéale insuffisante; une seule fois la récursive du prolapsus fut totale. KRONIG eut à constater sur 15 opérations 5 récursives légères.

FUCHS (4) rapporte 39 observations; 34 de ces cas ont été pris à la clinique gynécologique de Kiel, les 5 autres ont été opérés par lui dans sa clientèle privée. « De ces 39 femmes, dit-il, 20 se sont présentées après opération à un examen objectif. Dans un cas nous avons constaté une récursive. L'époque de l'examen s'élevait :

(1) Bucura. Ueber die plastische Verwendung des in die Scheide gestürzten. Uterus bei Prolapsen. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XLV, S. 422.

(2) Schauta. Die Operation scheurer Formen von Gebormutter-scheidenvorfull. Chrobak-Fetschrift. II. Wien., 1903.

(3) Doderlein. Kronig. Operative, Gynakologie. Leipzig, 1905, S. 263.

(4) Fuchs. *Loc. cit*, p. 650.

Pour 6 cas de 11 à 25 mois 1/2;

— 4 cas de 6 à 8 mois 1/2;

— 10 cas de 2 à 5 mois.

« En outre, nous avons eu des nouvelles, par correspondance, de 8 femmes opérées depuis un laps de temps qui varie de 12 à 27 mois... Les questions posées pour demander s'il y avait persistance d'une sensation de pression, s'il y avait issue d'une portion des organes hors du vagin et s'il existait des troubles dans les fonctions urinaires, ont toutes reçu une réponse négative... Nous ne saurions considérer négligemment la valeur des nouvelles que donnent par lettres les patientes sur leur état. Les femmes qui ont été opérées pour prolapsus ont coutume de s'observer soigneusement, anxieusement, pour voir s'il n'y a pas de manifestations nouvelles d'abaissement des organes. Si cette sensation d'abaissement existe, et si on nous la communique par correspondance, ceci ne prouve pas qu'il y ait une récurrence réelle et objective. Mais, au contraire, des lettres, constatant la disparition durable de tout symptôme de prolapsus, nous permettent de conclure, avec une plus grande facilité, à un bon résultat anatomique et thérapeutique. »

En résumé, sur les 143 cas énumérés, 18 seulement ont été suivis de récidives plus ou moins graves. Nous pouvons donc considérer les résultats comme très encourageants, étant donné qu'il s'agit, dans tous les cas, de prolapsus ne pouvant être traités jusqu'à présent que par l'hystérectomie.

CONCLUSIONS

I. — Il ne saurait y avoir un traitement unique du prolapsus.

II. — La colpopérinéorrhaphie reste à la base du traitement chirurgical du prolapsus.

III. — Il semble bien que les hystéropexies par la voie haute soient préférables, dans les cas bénins, aux interventions par la voie vaginale.

IV. — Dans les cas graves, l'hystérectomie vaginale peut donner de bons résultats. Mais elle est quelquefois impuissante à empêcher la récédive.

V. — Dans les prolapsus complets chez les femmes ayant atteint la ménopause, l'opération de Wertheim peut remplacer avec avantage l'hystérectomie vaginale.

Vu: LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

F. GUYON.

Vu: LE DOYEN,

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer:

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMS. — *Glasgow medic. Journal*, juin, 1882.
- ANDRÉ MAURICE. — Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Lefort. *Thèse*, Paris, 1888-1889.
- ASCH. — *American Journal*, 1857.
- *Archiv. f. Gynecol.*, Bd. XXXI, 1889.
- BALDY. — *American Journal of Obstetr.*, 1892.
- BONNET. — Technique de l'opération d'Alexander. *Sem. Gynécol.*, 1896.
- BORDIER. — Supériorité des opérations sur le vagin et d'une nouvelle opération, en particulier dans les prolapsus utérins. *Thèse*, Bordeaux, 1893-1894.
- BUCURA. — Über die plastische Verwendung des in die Scheide gestürzten Uterus bei Prolapsen. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XLV, S. 422.
- COE. — *American Journal of Obstetr.*, 1890.
- CORRADI. — *Lo Sperimentale*, 1876.
- DELBET. — *Traité de Chirurgie*, p. 522.
- DODERLEIN-KRONIG. — *Operative Gynäkologie*. Leipzig, 1905. S. 263.
- DOLÉRIS. — *Nouvelles archives d'Obst. et de Gynécol.*, 25 février, 1889.
- *Traitement chirurgical de la retroversion. La Gynécologie*, 1897, p. 17.

- DURET. — Société des sc. médic. de Lille, 1893.
- EDWARDS. — *British medic.*, 1864.
- FEHLING. — Ueber die neueren Operationem. *Bestrebungen zur Heilung Schwerer Worfalle.*
- FREUND (H. W.). — Uber moderne Prolapsoperationem. *Centralblatt of Gyn.*, 1901. S. 441, ff.
- FREUND (W. A.). — Naturforscherversammlung. *Frankfurt a. Centralblatt of Gyn.*, 1896. n° 40.
- FRISTCH (H.). — Prolaps. Operation. *Centralblatt. f. Gyn.*, 1900. n° 2.
- FUCHS (H.). — Uber eine neue Methode der Cervix-Verküzung mit Echaltung der Vaginalportion. *Hegars Beitr.*, Bd. III, H. 3.
- GEBHARDT. — *Arch. d. Danischen Gesundheits Colleg.*, 1836.
- GOULLIAUD. — *Annales de Gynécologie et d'Obstetrique*, janvier 1894.
- HAHN. — *Berliner Klinische Wochens.*, 1882, Jahrg. XIX.
- HERBÉCOURT (d'). — *Thèse*, Paris, 1900.
- HIVET. — *Thèse*, Paris, 1901, n° 348.
- INGLESSI. — L'hystérectomie vaginale sans pinces. *Thèse*, Paris, 1902.
- JACOBS. — *La Policlinique de Bruxelles*, 1896.
- JONNESCO-THOMAS. — *Annales de Gynécol. et d'Obstr.*, sept. et oct., 1900.
- JOYEUX. — Du traitement des prolapsus génitaux par l'hystéropexie. *Thèse*, Lyon, 1894-95.
- KEHRER. — Beitr. Z. Klinischer u. experimental. *Geburstk and Gynec.*, 1879.
- KELLY. — *New-York medic. Journal*, 5 oct. 1899, p. 383.
- KLEIN. — Prolapsoperationem, insbesondere die W. A. Freundsche Einnähung des Uterus fundus in die Scheide. *Hegars Beitr.*, Bd. VIII, H. 1.
- KNORRE. — *Centralblatt f. Gynec.*, 1893, p. 1178.
- KÆBERLÉ. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1877.
- KRUGG. — N.-Y. obstetrical society, 1893.

- LABADIE LAGRAVE. — Traité de Chirurgie, p. 396.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie, t. X, p. 432.
- LEFORT. — *Bulletin de thérapeutique*, 30 avril 1897.
- LEGUEU. — Hystérectomie abdominale pour prolapsus utérin récidivé, *in* Leçons de Clinique chirurgicale. Hôtel-Dieu, 1901.
- LEHMANN. — Diskussionsbernerkungen. *Leitschr. f. Geb. u. Gynec.*, Bd. XLV. Sitzung. v. 23, III, 1900.
- LEJARS. — Leçons de Chirurgie, p. 491, 1895.
- MANDELSTAMM. — Zur operativen Behandlung der Genital Prolapse. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XIV, S. 410.
- MUNDÉ. — Value of the operation for Sorthening the round ligaments. *Amerie. journ. of. Obstetr.*, nov. 1888; *The Medic. News*, 14 mars 1895.
- MUNCHMEYER. — *Centralblatt f. Gynec.*, 1899.
- MULLER. — Congrès des naturalistes allemands. Keidelberg, 1899.
- NEGRETTO. — *Annali di ostet. e. ginec.* Milano, 1894.
- OLSHAUSEN. — Ueber ventrale operationem bei Lageanomalien. *Centr. f. Gynec.*, 1886.
- OUI. — L'hystéropexie envisagée au point de vue de son influence sur les grossesses ultérieures. Congrès de Rouen, 1904.
- PATTERSON. — *Glasgow medic. Journal*, 1896.
- PAYEUR. — Uber die plastische Verwendung des Uterus bei scheveren Totalprolapsen alter Frauen. Inaug. Diss Strassburg, 1896.
- PÉAN. — *Bull. médic.*, 21 fév., 1887.
- POLK. — *Americ. journal of Obstetr.*, 1896. p. 606.
- QUÉNU. — *Annales de Gyn. et d'Obstr*, janvier 1894.
- RICHELOT. — Paris, 1886.
- SCHAUTA. — Die Operation schwerer Formen von Gebarmutters, chidenworfull. Chrobak. Festschrift, II. Wien, 1903.
- SEGOND. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*.
- TRÉLAT. — *Clin. chirurgic.* Paris, 1891, t. II, art. Prolapsus.

TRUZZI. — Congrès de Rome, 1894.

WINIWARTER. — *Wiener Klinische Woch.*

WERTHEIM. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1899, n° 1.

ZEITSCH. — *F. die gesam. Medic.* ou *Journal d'Oppenheim.*
Hambourg, 1838, vol. IX, p. 570.

